21-20 3 Lebertrch - Cirrhose

CANCRO E CIRROSI DEL FEGATO

IN PARTICOLARE DISTRIBUZIONE

STORIA CLINICA E ANNOTAZIONI

DEL

DOTT. LUIGI CORAZZA

BOLOGNA
TIPI GAMBERINI E PARMEGGIANI
1871

Dal Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna
Serie 5.ª Vol. 11.° pag. 342.

Il caso occorse in un certo L. G., d' anni 46, di Bologna, custode di chiesa. Entrato costui all' Ospedale della Trinità il 29 Ottobre 1867, mentre era di turno il Sig. Dott. *Verardini*, al 1° Novembre passò all' Ospedale della Vita nella Sezione del Sig. Prof. *Brugnoli*, e vi morì il giorno 5 del mese ultimo nominato, si che in tutto non restò negli Ospedali complessivamente che 7 giorni.

Il padre suo era morto circa all' età di 65 anni per apoplessia cerebrale, e la madre era pure defunta, e pare in causa di malattia simigliante. Ebbe due sorelle, che a tale epoca erano già morte entrambe, l' una di *affezione glandolare* (ne fu detto), e l' altra etica. Le sue malattie antecedenti furono un erpete zoster (sebbene non rigorosamente nel senso etimologico) ad una spalla, ed un'affezione acuta di petto. Da anni menava vita piuttosto di fatiche, e a quando a quando soffriva di vomito; era abitualmente stitico ed emorroidario, non da dirsi bevitore, sibbene buon mangiatore. — Allorchè entrò nell' Ospedale eran circa 22 giorni che non si sentiva bene, e da 10-12 dì erasi accorto di addivenire itterico, e provava una certa spossatezza, inquietudine e malessere, che poi crebbero a tale che dovè porsi in letto, e negli ultimi giorni erasi aggiunto ancora ai sintomi antecedenti un

vomito alquanto ostinato di un liquido non verde, ma di color bianco-sporco, non che forte diarrea di materie di colore cinereo: l' appetito poi era nullo. A casa non erano stati posti in opera che dei purgativi.

Esame obbiettivo. — L' ammalato era perfettamente presente a sè stesso; la sua statura era alta, cogli avanzi di una costituzione robusta, ma di nutrizione assai deperita: colore giallo-verdastro intenso di tutta la cute e della congiuntiva, ma non petecchie o macchie ecchimotiche in alcuna parte, fisionomia tetra e di sofferenza: occhiaie livide, mucosa della cavità orale rossastra, come sfornita d' epitelio, lingua asciutta: lieve ambascia e difficoltà di respiro; polso lento, temperatura non elevata. Per la percussione del torace rilevavasi il diaframma alquanto spinto allo insù, l' area del cuore normale, e leggermente elevata la punta di esso; del resto niente altro di singolare a notarsi. Ventre tumido e con tutti i fenomeni dell' idrope ascite od idrope libero copioso, deboli tracce di circolo collaterale della forma di capo di medusa; sì col palpamento che colla percussione non era dato farsi esatta idea della grandezza e forma del fegato in grazia della copia del versamento e della tensione delle pareti addominali; però alla regione epatica la resistenza era aumentata, e alla regione anteriore o all' epigastrio si otteneva un' area sì piccola d' ottusità da fare sospettare una diminuzione di volume dell' organo anzi che no, o almeno del lobo sinistro: l' infermo poi lagnavasi del senso all' ipocondrio destro di una certa replezione e dolentezza, la quale si esacerbava colle manipolazioni e al palpamento. Si rinvenne inoltre un certo tumore di milza, e sintomi fisici di dilatazione di stomaco; del resto non altro di notevole nell' addome e nessuna sensazione di tumori. Le scariche alvine erano frequenti, liquide, di color grigio-rossigno, le urine scarse, di color

bruno-verde, ricche di pigmento biliare e con lievi tracce d' albume. Notavasi pure un po' di edema alle estremità inferiori.

La diagnosi era ben dubbia: se per un lato l' idrope ascite copiosa, le tracce di circolo collaterale speciale, le emorroidi, la diarrea, e i dati di impiccolimento del lobo sinistro del fegato, e diciam anco, di dilatazione dello stomaco, dovevano far propendere per la cirrosi epatica, stavan poi contro tale affezione l' intensa itterizia più favorevole all' idea di un neoplasma svoltosi specialmente alla *Porta hepatis* da comprimere i dotti biliari grandi e la vena porta. L' età, il dimagrimento, e l' edema alle estremità inferiori non potevano dar nulla di distintivo. Per la pileflebite adesiva e infiammazione del tessuto connettivo del legamento epato-duodenale non vi erano dati; mancavano le gastrorragie ed enterorragie (nella forma suppurativa il fegato già è ingrandito), mentre quelle prime affezioni han decorso assai rapido. — Ho detto poi l' itterizia non essere favorevole alla cirrosi, intendendo questa diffusa, e quale esito dell'epatite interstiziale generale (non per sinonimo di questa, come da taluni erroneamente si fa), in cui la sostanza epatica è andata perduta: l' itterizia quindi non può essere che debole assai o nulla, se non è ematogena, ma allora il pigmento biliare nelle urine si riscontra a mala pena. Nel nostro caso pe' dati dell' esame uroscopico l' itterizia era da tenersi con tutta certezza da *riassorbimento*, come diremo.

Prima fu prescritto il bicarbonato di soda, poi si fece ricorso alle misture eccitanti, avvegnachè pochi dì dopo subentrò una grande inquietudine e agitazione, ed indi collasso; il vomito però aveva fatto sosta; la lingua tremula e asciuttissima, il polso piccolo, le estremità fredde; perdeva le urine e le feccie involontariamente, prima ebbe un po' di delirio, indi si fece comatoso, e morì il 5 Novembre alle ore 5 1|4 antimeridiane.

Necroscopia. — È pressochè inutile ripetere che presentavasi sempre un giallore intenso del tessuto cutaneo, e come quello si mostrasse più o meno chiaro nei diversi organi e tessuti. — Nel pericardio e nelle cavità pleuritiche e specialmente nella destra una certa copia di liquido verdognolo; lievi macchie ecchimotiche nell'esocardio; cuore flaccido, di dimensioni normali, valvole del pari, però al disotto delle valvole dell' aorta e dentro i sacchettini delle valvole stesse, e lungo l' aorta per il tratto di circa 5-6 centim. incipiente ateromasia, diffusa pure alle arterie coronarie, il cui orificio appariva alquanto dilatato. Polmoni enfisematici al margine ed edematosi, in ispezialtà al lobo inferiore posteriormente; il destro oltre ai caratteri indicati, al lobo medio e inferiore mostrava alcuni noduli grossi come ceci o semi di ciliegie, appiattiti, rosso-giallastri, con ogni apparenza del cancro, ma non rammolliti, anzi sodi e quasi enucleabili, o almeno in certo modo si potevan levare, lacerando però un poco il circostante parenchima. — Nel ventre circa 6 litri di un liquido pressochè limpido, giallo-verdognolo; nel peritoneo nessuna lesione speciale: fegato di colore giallo-verde-scuro, col diametro trasverso massimo di centim. 28, appena ingrandito nel lobo destro, sul quale si veggono delle protuberanze o nodi rilevati alcun poco dalla superficie del viscere, di colore giallognolo e nel centro più pallidi, discretamente sodi; il diametro trasverso massimo di questo lobo è di centim. 17, l' antero-posteriore 18, il verticale o di spessore centim. 8: praticando dei tagli si incontrano dei noduli di forma sferica, come quelli che si scorgevano dalla superficie, discreti, i maggiori del diametro di centim. 1 2[3, circa nel numero di 8-10, non fibrosi, nè contenenti una cavità, ma fatti di una sostanza midollare giallo-rosea, punteggiata in rosso, molle; inoltre i condotti biliari di-

latati, alcuni fino all' ampiezza di una penna d' oca, e in certi punti con dilatazioni irregolari e ad ampolla, contenenti della bile verde, addensata: la sostanza epatica intermedia o parenchima si presenta un po' sodo, di colore giallo-verde saturo, pressochè uniforme, solo con lievi linee bianchicce come filamenti, e non bene apparente la struttura marmorizzata del fegato. Il lobo sinistro di apparenze tutte differenti, piccolo, sodo, il cui diametro trasverso è centimetri 11, l' antero-posteriore 8, quello di grossezza 4; granuloso sì alla superficie che al taglio, e costituito di tessuto come calloso, o cicatriceo, o in una parola cirrotico; questo non conteneva in genere noduli come il destro, solo quelli della parte interna (o confine sinistro) del lobo destro sporgevano appena nel lobo sinistro e non più. Cistifellea contenente un liquido siero-mucoso appena giallo: le glandole della porta hepatis grosse come ciliegie, molli, costituite da una sostanza midollare, poltacea, grigia. La vena porta alla porta hepatis laddove si biforca nel fegato, appena prima della biforcazione lascia vedere nel suo interno il sangue coagulato ed una vegetazione o prominenza granulosa dell' aspetto midollare, molle, sulla quale sono depositati degli straterelli di fibrina, che sporge entro il lume del vaso, in parte ostruendolo, e sembrerebbe all' ingrosso che partisse dalla vena stessa, ma bene esaminato si vede che fa un tutto continuo con una glandola degenerata, che giace al di dietro e contro la vena, e l' alterazione si è propagata alla parete vasale: essendo rimasto il preparato in macerazione per un po' di tempo si è spappolata la sostanza midollare, perduta, e rimasta nella parete della vena un pertugio. Un po' più alto nel ramo destro una produzione polipiforme delle medesime apparenze, diciam, cancerigne, ma non partente da glandola degenerata, che perfori come il

vaso, ma adesa alla parete interna del vaso stesso, però sì lievemente da levarsi con facilità e da non restare nella vena lesione o perdita di sostanza, tranne, dell'epitelio. Lungo la vena meseraica grande ecc., ed altre radici della porta nulla di singolare, e la loro interna membrana normale. Tanto i noduli del fegato che quelli del polmone, e così la pulte costituente o rappresentante le glandule dell' ilo epatico, non che sì la produzione propagatosi alla parete della porta e sporgente nella stessa, come l' altra polipiforme del ramo destro offrivano pure i caratteri microscopici del cancro midollare. — Milza ingrandita e molle, reni lividi, ma senza gravi alterazioni, mucosa del tenue pallida, liscia, non iperemica, con placche del Peyer bene espresse.

Le precipue lesioni anatomo-patologiche adunque si erano: carcinoma del lobo destro del fegato, cirrosi nel lobo sinistro: cancro del polmone destro e delle ghiandole dell' ilo epatico, da una delle quali la neoproduzione si è propagata alla vena porta protrudendo la vegetazione dentro il lume della stessa, ed inoltre un grumo o trombo nella porta medesima coi caratteri di sostanza midollare cancerosa.

Una prima singolarità è l' unione del cancro alla cirrosi come in due provincie distinte, l' una nel lobo destro, l' altra nel sinistro, il che parmi cosa ben rara, e che poi almeno non è descritta o fatta notare dagli autori. A me ne occorse altro alquanto simigliante che descrissi nel mio articolo — Storie di alcune malattie del fegato e delle vie biliari (1) — con questo però che in tal caso il cancro finiva decisamente al confine del lobo

---

(1) Bullett. delle Scienze Med. di Bologna. Ser. 5ª Vol. 3° p. 59.

destro e non occupava per nulla il sinistro, laddove in questo ultimo caso protrudevano un po' alcuni noduli della neoproduzione in quel secondo lobo. Notai anche allora come fatto a due processi sì bene demarcati e distinti non lo trovassi notato nè da *Rokitanski*, nè da *Förster*, nè da *Liebermeister*, *Klebs*, *Niemeyer*, *Henoch* (1) ec.; e solo *Bamberger* (Krankh. des Chylopoët. System. in Virch. Handb. der spec. Pathol. u. Therap.) dice indeterminatamente di avere trovato uniti cancro e cirrosi, ma senza render chiaro in che modo di disposizione, e forse la cirrosi risiedeva nel tessuto intermedio ai noduli, nel che nulla di singolare. Nemmeno in *Frerichs* si trovano casi così spiegati, sebbene esso noti come l' indurimento cirrotico *raramente* coincida col carcinoma, e porti un' osservazione (che è la 91ª della sua Klinik der Leberkrankheiten), che parrebbe avere appena simiglianza, ma ben di lontano, poichè in quello si tratterebbe di indurazione sifilitica più che della solita cirrosi, e poi i due processi erano commisti e non distinti come in due territori. Poichè, insomma, non dico che non si dian casi di nodi cancerosi sparsi in fegato cirrotico, ma intendo di citare la particolarità dell' essermi imbattuto non pur una volta nel fatto dell' essere l' una alterazione ad un lobo, l' altra ad un altro, e tale distribuzione aver data costanza.

---

(1) Klinik der Unterleibskrank. Berlin 1863. — Fra i suoi casi se ne trova uno di cancro di stomaco ed omento con deposito di 4 nodi cancerosi secondari nel fegato, che era cirrotico, grossi come avellane, 3 alla periferia del fegato (a destra o sinistra?), l' altro nella parte inferiore del lobo destro: ma non dice che la cirrosi fosse a sinistra o libero tale lobo da cancro. — Anche *Dittrich* parla di fegato con atrofia granulare portata da cancro della vena porta e nodi di cancro nel lobo destro; ma ciò non è come nel caso nostro.

Un altro caso però alquanto simigliante è stato osservato dal mio amico Dott. *Nicoli*, che (sapendo come io mi fossi occupato dell' argomento in discorso) ha avuto la gentilezza nei seguenti termini di comunicarmelo.

Bernardo Preti, d' anni 74, di professione colono, ebbe il padre e la madre che morirono vecchissimi, e non si sa di che malattie. Nella sua gioventù visse sempre sano. A 52 anni soffrì di pneumonite, che poi si ripetè per oltre 3 o 4 volte nel corso di un decennio. A 60 anni fu preso da mania acuta così chè si dovette assicurare nel letto, perchè facilmente inveiva contro chi l' assisteva, anzi talvolta pose in pericolo la propria e l' altrui vita. Una sua figlia fu per due volte al manicomio di S. Orsola, ed un suo fratello per passione amorosa si escise gran porzione di pene. Quattro anni fa ebbe un' artrite al ginocchio e al dorso del piede sinistro, che avendo assunto un andamento cronico lo molestava anche negli ultimi giorni di sua vita. Nella sera del 26 Ottobre 1868 nel salire la scala di sua abitaziene cadde e ne riportò una frattura comminuta estra-capsulare del collo del femore destro. Io fui chiamato in questa circostanza, e non mi occuppai che dell' apparecchio per la frattura. All' indomani constatai che la nutrizione generale era molto deficiente, la cute di color bianco-terreo si sollevava in larghe pieghe, ed era quasi sprovvista di pannicolo adiposo; le pulsazioni 68, la temperatura normale. Interrogato l' infermo se risentisse qualche sofferenza speciale, rispose che da anni, come si è detto, soffriva dolori alle articolazioni dell' arto non fratturato, e che pure da anni soffriva di tosse abituale, del resto sentirsi perfettamente bene, se se ne eccettui un senso di debolezza, che egli attribuiva alla sua età piuttosto avanzata. Preso in esame il torace notai che era ristretto, molto

scarno, cogli spazi intercostali molto profondi; la punta del cuore batteva all' interno e al disotto della papilla mammaria, e il tipo della respirazione costo-addominale. Alla percussione fatta solo anteriormente, perchè nei movimenti l'ammalato si doleva al luogo della frattura, non trovai differenze; all' ascoltazione solo qualche russo. Il basso ventre era piuttosto avvallato e le sue pareti alquanto tese, l' ipocondrio destro un po' sporgente: praticando la percussione su di questo, notai che il margine anteriore del fegato parea sporgere di due dita trasverse circa dell'arco costale, ma non mi fu dato di avvertirlo col tatto. Lo stato della milza non fu esaminato non potendosi l' ammalato mettere sul fianco destro.

Nelle visite successive mi si riferiva sempre che l'ammalato si manteneva di buona voglia, dormiva tranquillamente la notte, l' appetito era eccellente, che la defecazione compievasi regolare, le fecce erano abbondanti, di color normale e figurate, le urine, che non furon cimentate con verun reagente, erano di color giallo ranciato, nella quantità di circa un litro per giorno; l' escreato bianco, spumoso, non iscorrevole. Le cose passarono di questo metro per circa un mese e mezzo, e l' ammalato cominciò e perdere l' appetito, ad avere la lingua arida, il polso piccolo e a 100, stitichezza, difficile espettorazione, e abbattimento di forze. In tale incontro esaminando nuovamente l' addome trovai che mentre questo dapprima era piuttosto avvallato, allora trovavasi alquanto tumido e sonoro dovunque, tranne che alle parti declivi delle regioni epicoliche, senza che ne fosse dato di volgere l' ammalato sui fianchi per constatare se quella ottusità permaneva e veniva sostituita da suono chiaro. Alla stitichezza successe diarrea, sopravvenne vaniloquio, crebbe il colasso e al 16 Dicembre cessò la vita.

Alla necroscopia si rinvenne grande dimagrimento, il

colorito della cute mantenevasi bianco-terreo, il ventre era tumido, ma non straordinariamente, alla percussione risuonava dovunque, tranne che alla regione soprapubica, alle regioni iliache ed epicoliche: non si avvertiva fluttuazione. La cavità del cranio non fu aperta. All' apertura del torace si rinvennero gli apici polmonari raggrinzati, aderenti alla pleura parietale e contenenti qualche concrezione calcare; i sacchi pleuritici contenevano poche once di siero un po' sanguinolento: verso la base di entrambi i polmoni, e specialmente nel destro notavansi parecchi nodoletti della grossezza di un cece, di colorito rosso-giallastro, di consistenza caseosa, disseminati, distanti l' uno dall' altro circa 3 centim., parte immersi nel parenchima e parte sotto-pleuritici, alcuni isolati ed altri aggruppati tanto da costituire un nodulo della grossezza di una noce. Anche nelle pleure diaframmatica e parietale si riscontrarono molti di questi nodoletti, ma non oltreppassavano la grossezza di un seme di canapa. I bronchi maggiori erano iniettati e la loro mucosa spalmata di un grosso strato di muco filante: il pericardio conteneva circa 100 grammi di siero citrino, il cuore non presentava abnormità. Fatto un taglio cruciato nelle pareti addominali sfuggirono da 3 litri circa di siero intensamente colorato in rosso, tanto da parere pretto sangue: gli intestini non offrivano cose rimarcabili. Tolto di luogo il fegato trovai che il suo volume (considerato in complesso perchè non furon prese le precise misure) non eccedeva gran fatto il volume ordinario. Il suo lobo sinistro era un po' impicciolito, la sua superficie granulosa, il bordo anteriore ottuso, la consistenza aumentata, scricchiolava al taglio, il colorito era rosso-fosco senza tracce di degenerazione adiposa. Il lobo destro era alquanto aumentato nel suo spessore, non però nel diametro antero-posteriore, la sua superficie era li-

scia, uguale, splendente, in molti punti traspariva un color bianco-giallastro, che col taglio si vide corrispondere ad ammassi di una sostanza dello stesso colore, di consistenza caseosa, distribuita a nodi circoscritti della grandezza fino di un ovo. Tali nodi comprendevano gran parte del lobo destro e si estendevano fin verso il legamento falciforme, da cui i più vicini distavano mezzo pollice circa; alcuni avevano invasa e rammollita la tonaca peritoneale, e glissoniana: la loro natura era evidentemente cancerosa. La cistifellea era impiccolita, le sue pareti addensate, biancastre, conteneva poca bile densa e molto scura. Il peritoneo diaframmatico corrispondente al fegato, e quello parietale corrispondente alla regione epicolica destra era tempestato da piccole rilevatezze simili a quelle riscontrate nella pleura. La milza era alquanto ingrandita, di colore rosso-fosco, di discreta consistenza, e senza corpuscoli discernibili. Ai reni nulla d' anormale.

Tornando all' argomento io non starò quì a ravvolgermi in lunghe e difficili quistioni sulle relazioni dei due processi, e toccherò soltanto di volo i principali concetti che se ne possono formare. Si può anzitutto dimandare se tutto il fegato fosse in preda alla cirrosi e nel destro lobo si sia poi sviluppato il cancro, ritenendo che non sia ciò impossibile, sebbene forse non al tutto facile, non dovendo essere il tessuto cirrotico terreno il più addatto allo sviluppo del cancro, che se si fosse potuto sviluppare nel destro nessuna ragione che non lo avesse pure potuto nel sinistro; ed anzi non esistendo il neoplasma in questo si potrebbe sospettare non vi si fosse sviluppato, perchè la cirrosi ivi era innanzi nello sviluppo, mentre non lo era nel destro. Tutto questo adunque è sfavorevole all' idea che preesistesse una cirrosi diffusa allo svolgimento del cancro nel lobo destro. Secondaria-

mente è a ritenere che se la cirrosi fosse prima esistita diffusa si sarebbe già mostrata coi suoi gravi sintomi di ascite, marasma ec., ed avrebbe anche condotta la morte per sè: inoltre sta contro l'ammissione della cirrosi l'intensa itterizia, che vuol dire che il lobo destro doveva essere in buona parte integro secernendosi molta bile, e per ultimo si è poi veduto chiaro che il tessuto intermedio ai tumori cancerosi era lievemente addensato sì, ma non offriva i caratteri dell' induramento granulare cirrotico. La opinione più probabile si è dunque che la cirrosi fosse incipiente nel lobo sinistro, (chè là suol cominciare o prevalere per venire poi via via svolgendosi e come diffondendosi nel destro), o comunque anche già formatasi (poichè là solo può svolgersi e là limitarsi), mentre poi l' altro lobo fosse anche normale o quasi, quando su d' esso abbiano cominciato i nodi del cancro a svilupparsi, e quindi poi i due processi progrediti di pari passo nel loro territorio, e probabilmente il cancro non essersi diffuso che sul limite destro del lobo sinistro, ove la cirrosi era leggera, e non oltre, ove l' indurimento addiveniva forte. Del non essersi sviluppato il cancro nel sinistro lobo sempre in grazia della preesistente cirrosi si può fare sospetto anche in altro senso, che toccherò più oltre.

La fenomenologia clinica partecipa di quella dell' una affezione e dell'altra, e quindi difficile il diagnostico, tanto più se non si ha in mente la possibilità di unione delle due affezioni. L' itterizia intensa, dissi, stava pel cancro, giacchè è bene difficile che nella cirrosi si abbia forte itterizia, e ciò solo quando quella non è diffusa; che se è totale e assai avanzata necessariamente non si avrà itterizia, in quanto che quasi tutte le cellule epatiche andaron perdute, e quindi bile non si secerne; e infatti nella cistifellea di fegati assai cirrotici invece di bi-

le è contenuto un umore sieroso giallo-pallido, scorrevole talora simile ad urina, appena colorato, e la cistifellea ha per solito pareti appena giallo-verdi o quasi scolorate, come qualunque altra membrana. Bisogna poi bene distinguere la cirrosi (che già non è per sè malattia) dall'epatite interstiziale in corso, in cui certo sì può avere itterizia, e se si fa tale distinzione ne segue che nella cirrosi diffusa non si ha ittero forte, sòlo debole giallore della congiuntiva e della pelle. Tale itterizia sì intensa dovette essere da riassorbimento, e ciò provato dall' abbondanza del pigmento biliare nelle urine, e dalla facilità, onde se ne aveva la reazione, e prodotta non tanto dalla compressione dei noduli carcinomatosi sui condotti biliari dentro il fegato, quanto piuttosto sul dotto epatico e coledoco dalle ghiandole ingrossate dell' ilo. Talè itterizia poi per l' entrata nel sangue degli acidi biliari, che producono distruzione dei corpuscoli rossi, avrà affrettato l' esito letale, come già fa in generale ogni complicante itterizia. — L' ascite poteva stare per l' una delle sopradette affezioni e per l' altra, però copiosa, com' era, più per la cirrosi. Essa era dovuta non a peritonite cancerosa, nè tanto all' ostacolo al circolo del sangue della vena porta entro il fegato (pel cancro o per la cirrosi) quanto piuttosto dalla compressione esercitata sul tronco della stessa vena delle glandole intumidite, e infiltrate di cancro, e in ispecie da quella produzione e vegetazione cancerosa, che la invadeva e interessava, e protrudeva entro la stessa diminuendone il lume, e come ostruendola, ed inoltre dal grumo o trombo più sopra formatosi, il che tutto insieme rappresenta una piletrombosi, che per sè dava la forte ascite, e il tumore di milza, che certamente forse non si sarebbe mostrato tale pel solo cancro, nè per la sola cirrosi così limitata: la forte stasi nella porta concorreva a dar luogo alla circolazione collaterale, alle

emorroidi, ed ai trassudati sierosi e sanguinolenti nell' intestino. Noto poi come l' ascite fosse comparsa abbastanza rapidamente, il che prova essere stata legata più all' affezione della porta che al cancro e alla cirrosi, nelle quali affezioni lo sviluppo ne è lento. — Questo fatto ne può ammaestrare che al trovarsi un ittero intenso con forte idrope, tumore di milza ec., impiccolimento e granulosità del lobo sinistro epatico, e in una parola i fenomeni in parte di cirrosi, anche se non è bene accessibile all' esame il lobo destro, può formarsi la congettura che la cirrosi sia limitata al lobo sinistro, e vi si accompagni probabilmente sviluppo di cancro del destro lobo e delle glandole dell' ilo con pressione sui condotti biliari maggiori e sulla vena porta.

Il cancro del polmone era certo secondario a quello del fegato e delle glandole dell' ilo dello stesso, diffusosi forse per le vene o linfatici, ed è a rimarcare la singolarità, che io ho più volte osservata e ricordata anche in altri scritti, cioè come nel cancro epatico il neoplasma secondario del polmone si svolge per solito in quel di destra, e se in entrambi gli organi respiratori in questo di preferenza.

Altro fenomeno degno di molto rimarco è quello poi di perforazione della vena porta prodotta da glandola cancerosa, che le era a contatto, ne propagava il processo patologico alla stessa con protrusione e incremento della massa entro il lume vasale e incipiente trombosi: il cancro della vena certo non era primitivo nella stessa, ma propagato. Anche il Dott. *Paulicki* ne ha avuto esempio, e trovata la parete vasale qua e là perforata con masse cancerose dentro protrudenti (Berlin. klin. Wochnsch. IV. 38, 23 Sett. 1867). Siffatto caso non è al tutto infrequente nel cancro epatico, nel quale si osserva ancora, sebbene di rado, la particolarità che a pareti intatte della vena, trovansi in essa grumi o coaguli san-

guigni e trombi coi caratteri del cancro midollare, e al microscopio se ne riscontrano gli elementi. Di tale formazione endogena degli elementi cancerosi se ne sono osservati diversi esempi; lo afferma pur *Frerichs*, e ne ha descritto un caso *Virchow*, e *Bamberger* ne ha osservato altro simile, ove, senza deposito alcuno nell'organismo la porta era piena fino alle sue ramificazioni di coagulo in gran parte diffluente, fatto di cellule variamente formate contenenti grandi nuclei. In altro caso dello stesso Autore esisteva cancro epatico e gastrico esulcerato, e in questo poteva la massa cancerosa essere pervenuta nella porta per una qualche vena dello stomaco erosa (1). Caso analogo fu osservato da *Henoch* (2), e in forte estensione fu la degenerazione cancerosa della porta osservata da *Dittrich* in un uomo di 54 anni, dimagrito, itterico e con edema alle estremità inferiori (3). Nel nostro caso riguardo al secondo trombo più che formazione cellulare cancerosa endogena, essendo quì come perforata la parete della vena, ed essendo dentro la stessa della massa cancerosa sporgente, è più facile e giusto credere che gli elementi dell' ultima fossero partiti dal tumore indicato, tanto più essendo quella più in alto, e quindi potendo essere stati trasportati dalla corrente del sangue. Ed anzi a questo proposito posso esporre un' idea. Non poteva essere il cancro primario nelle glandole dell' ilo e dopo propagatosi nella porta, entrato del detrito di neoplasma nel fegato, depostosi in diversi punti, fatti emboli, dato luogo allo sviluppo del cancro nel fegato stesso (come è acca-

---

(1) Die Krankht. des Chylopoët. System. in Virchow' s Hndb. der Spec. Pathol. u. Therap. Bd.

(2) Klinik der Unterleibskrkh. p. 144.

(3) Prager Vierteljhar. 1846. II p. 104.

duto del polmone), e quindi il cancro epatico essere di forma metastatica o secondaria? E ciò essere accaduto nel destro lobo perchè integro, e coi vasi pervi, non nel sinistro povero di vasi portali, in buona parte strozzati ed obliterati, perché cirrotico? Non avrei modo però di risolvere, credo, senz' altri dati in mano la quistione; solo però il sapere che il cancro delle glandole dell' ilo del fegato è in genere ritenuto secondario allo sviluppo del neoplasma nell' epate stesso (se però è provato, giacchè ad un certo sviluppo dei neoplasmi non vi è modo sul cadavere di decifrar ciò) non è favorevole a questa opinione; quindi bisogna restarsi nel primo pensiero cioè che si fossero sviluppati i due processi contemporaneamente almeno, e non fra loro da altra dipendenza connessi.